| | | |
|---|---|---|
| Office of Addiction Services and Supports | **اعتماد**<br>**نموذج موافقة مقدم الطلب**<br>**على فحص البصمات لفحص الخلفية الجنائية من مكتب ولاية نيويورك لخدمات إدمان الكحوليات وإدمان المواد المخدرة (OASAS)** | **إعادة النموذج إلى:**<br>**وحدة اعتماد OASAS**<br>**الفاكس: 518-485-2062**<br>**البريد الإلكتروني: credentialing@oasas.ny.gov** |

**الجزء الأول بيانات مقدم طلب الاعتماد (يرجى طباعتها)**

| | | |
|---|---|---|
| اسم العائلة: | الاسم الأول: | الحرف الأول من الاسم الأوسط: |
| تاريخ الميلاد: | رقم الضمان الاجتماعيّ: | |
| عنوان مقدم الطلب: | | |
| نوع طلب الاعتماد: ☐ أولي ☐ تجديد | الاعتماد المطلوب: ☐ CASAC ☐ CPP/CPS ☐ Gambling | |

**الجزء الثاني إقرار**

1. لقد تم إخطاري بأنه كجزء من عملية تقديم الطلب، يتطلب القانون من مكتب ولاية نيويورك لخدمات إدمان الكحوليات وإدمان المواد المخدرة (OASAS) طلب فحص معلومات السجل الجنائي لدى قسم خدمات العدالة الجنائية في ولاية نيويورك (DCJS) ومكتب التحقيقات الفيدرالية وتفويض مكتب OASAS بمراجعة وتقييم نتائج فحص معلومات السجل الجنائي المتلقاة بواسطة DCJS ومكتب التحقيقات الفيدرالية. الإدانة بجرائم معينة قد تجعلني غير مؤهل للحصول على الاعتماد.
2. أوافق على الحصول على بصمات أصابعي وتقديمها لغرض فحص معلومات السجل الجنائي إلى DCJS وFBI وأوافق على قيام OASAS بمراجعة معلومات السجل الجنائي لدى ولاية نيويورك ومكتب التحقيقات الفيدرالية، إن وجدت، المعادة بواسطة DCJS، كجزء من فحص الخلفية الخاص بمدى ملاءمتي للاعتماد أو للتأهل كمشغل شخص طبيعي.
3. وقد تم إبلاغي بوجود إجراءات لحصولي على معلومات سجلي الجنائي، ومراجعتها، وطلب تصحيحها إذا لزم الأمر وفقًا للوائح التي وضعتها DCJS في 9 NYCRR الجزء 6050، وFBI، كما يقتضي الأمر.
4. تم إبلاغي أنه يحق لي سحب طلبي للاعتماد أو للتأهل كمشغل شخص طبيعي، دون تحيز، في أي وقت قبل تقديم أو رفض الاعتماد كمشغل شخص طبيعي، بغض النظر عما إذا كان OASAS قد راجع أي معلومات عن السجل الجنائي.
5. تم إبلاغي بأن نتائج فحص معلومات السجل الجنائي المحالة إلى OASAS من قبل DCJS وFBI ستكون سرية وفقًا للقوانين والقواعد واللوائح الفيدرالية وقوانين الولايات المعمول بها، ويجب عدم الكشف عنها لغير الأشخاص المصرح لهم بموجب القانون. سيتم النظر في معلومات السجل الجنائي وفقًا للمادة A-23 من قانون الإصلاح بولاية نيويورك عند اتخاذ قرارات الاعتماد.
6. أؤكد أن بصمات الأصابع المقدمة تخصني وأن المعلومات التي قدمتها صحيحة وكاملة ودقيقة.
7. أقر على حد علمي أنني: (تحقق حسب الاقتضاء)

   ☐ تمت إدانتي بجريمة في ولاية نيويورك أو أي ولاية قضائية أخرى.

   ☐ لدي أمر اعتقال معلق.

   عند التحديد، قدم التفاصيل:_____

   _____
8. تم إبلاغي بضرورة تقديم رقم الضمان الاجتماعي حتى يتسنى لـ OASAS التحقق مما إذا كنت على قائمة استبعاد الموظفين التي يتم الاحتفاظ بها كجزء من السجل المركزي للأشخاص المعرضون للخطر وأن هذا الفحص مطلوب بموجب قانون الخدمات الاجتماعية وسيتم إجراؤه قبل التحقق من معلومات السجل الجنائي. ينص الجزء 702 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك على جمع أرقام الضمان الاجتماعي لهذا الغرض، والفشل في تقديمي لرقم الضمان الاجتماعي قد يمنع من نظر طلبي للحصول على الاعتماد.

| | | |
|---|---|---|
| توقيع مقدم الطلب: | | التاريخ: |

**الجزء الثالث معلومات الشخص المعتمد من OASAS (للاستخدام المكتبي فقط)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **الاسم:** | | المسمى الوظيفي: | |
| **التوقيع:** | | | |